老年护理机构本土化安宁疗护模式的构建

王华萍[1]，朱华杰[2]，祝春满[3]，潘丹红[4*]

基金项目：上海市浦东新区卫生健康委员会卫生计生科研项目“本土化安宁疗护共同照护在老年护理机构的模式探究”（项目编号：PW2019A-46）；上海市浦东新区卫生健康委员会临床特色学科建设科研项目“老年医学”（项目编号：PWYts2021-12）

1.2.3.201314 上海市，浦东新区老年医院安宁疗护科

4.201300 上海市，浦东医院神经内科

*通信作者：潘丹红，副主任医师，Email：whp20074086@126.com

【摘要】背景随着社会老龄化的发展，慢病共病、失能失智患者日益增加的同时，安宁疗护的推行模式值得探讨研究。目的　建立科学、规范、可行的老年护理机构安宁疗护模式。　方法　通过文献检索和半结构式访谈，初步建立老年护理机构本土化安宁疗护模式函询问卷，选取上海市安宁疗护医疗、护理、行政管理及社工等领域 15 名专家进行 2 轮函询，并邀请资深安宁疗护专家进行团体访谈。结果　通过 2 轮专家函询及团体访谈，确定了老年护理机构本土化安宁疗护模式的构建，包括需具备的资源和条件、内容和流程、考核指标等 3 个一级条目及 36 个二级条目。结论　老年护理机构本土化安宁疗护模式的科学性和可靠性较好，为老年患者的生命末期优质医疗卫生服务提供了借鉴。

【关键字】老年患者；护理机构；本土化；安宁疗护；德尔菲技术

Construction of localized hospice care model in elderly nursing care institutions

WANGHuaping[1],ZHUHuajie[2],ZHUChunman[3],PANDanhong[4]

1.2.3.Department of Hospice care, Pudong New Area Geriatric Hospital,Shanghai201314,China

4.Department of Neurology,Pudong Hospital,Shanghai201300,China

* Corresponding author: Pan Danhong, Deputy chief physician;Email: whp20074086@126.com

【Abstract】**Background** With the development of aging society, the number of patients with chronic diseases, disability and dementia is increasing,the implementation mode of hospice care is worth discussing and studying.**Objective** To establish a scientific, standardized and feasible hospice care model in elderly nursing institutions. **Methods**Through literature retrieval and semi-structured interviews, a correspondence questionnaire on the localized hospice care model of elderly nursing institutions was preliminarily established. 15 experts in the fields of hospice care, medical care, nursing, administration and social work in Shanghai were selected for two rounds of correspondence, and senior hospice care experts were invited for group interviews. two rounds of expert letters and group interviews, the construction of localized hospice care model in elderly nursing institutions was determined, including three first-class items and 36 second-class items such as resources and conditions, content and process, assessment indicators and so on.**Results** Through two rounds of expert letters and group interviews, the construction of localized hospice care model in elderly nursing institutions was determined, including three first-class items and 36 second-class items such as resources and conditions, content and process, assessment indicators and so on.**Conclusion** The localized hospice care model of elderly nursing institutions is scientific and reliable, which provides a reference for high-quality medical and health services at the end of life for elderly patients.

【Key words】 Elderly Patients; Nursing Institutions; Localization; Hospice Care; Delphi Technology

国家统计局第七次全国人口普查公报[1]显示，全国人口中 60 岁及以上人口为 2.64 亿人，

占 18.70%。随着社会老龄化的发展，慢病共病、失能失智等长期医疗、长期护理以及临终阶段的安宁疗护，已成为积极应对老龄化社会医疗卫生需求的重要内容，也是老年人群医疗卫生保障工作的重中之重。老年护理机构是目前提供护理病人和安宁疗护服务重要医养一体化服务机构之一[2]。如何构建适宜我国社会发展现状的安宁疗护服务满足社会需求，是建设"健康中国"迫切需要解决的问题。国务院关于印发《 "十四五" 国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知》[3]中指出，按照"充分知情、自愿选择"的原则，推动医疗卫生机构开展安宁疗护服务，扩大安宁疗护试点，推动安宁疗护机构标准化、规范化建设。安宁疗护纳入老年卫生服务体系建设内容。安宁疗护还作为医养结合能力提升专项行动的一项内容。本研究根据老年群体和疾病特点，结合我国国情制度及文化背景，构建本土化安宁疗护模式，供老年护理机构开展安宁疗护做借鉴。

1 研究方法

1.1 成立模式构建小组

由 5 位课题组成员组成老年护理机构本土化安宁疗护模式构建小组。各组员有安宁疗护理论及实践的相关经验，涉及护理管理人员 2 名、涉及医疗管理人员 3 名。各组员主要负责通过文献回顾初步拟订专家函询问卷框架、甄选专家、发放及回收函询问卷、对专家进行访谈并整理分析研究结果等。

1.2 函询问卷的形成

1.2.1 文献检索

通过中文关键词"老年人""老年患者""护理院、医疗护理机构""临终关怀、安宁疗护""德尔菲、专家函询"在中国医学期刊全文数据库、万方数据库进行文献检索；以英文关键词"the elderly"，"Elderly Patients", "Nursing institutions "," hospice , hospice care "," Delphi, expert consultation "在 Medline，PubMed 等英文数据库检索。

1.2.2 半结构式访谈

小组成员通过文献回顾、文件参考，拟订访谈提纲，对 5 名专家进行半结构式访谈，对函询问卷条目进行修改，初步形成老年护理机构本土化安宁疗护模式函询问卷，内容主要包括安宁疗护所需具备的资源和条件、内容和流程、考核指标等三部分内容。

1.3 确定函询及访谈专家

函询的对象为社区卫生服务中心、二三级医院、高校等不同单位甄选出的 15 名专家，分别从事安宁疗护医疗管理、护理管理、社会工作、教学、政策研究等方向。专家入选标准：连续在安宁疗护相关领域工作 5 年及 5 年以上；文化程度本科及本科以上；副高级及高级职称。通过函询问卷的意见发表和技术职称、专业理论实践的熟悉度考量，从 15 名函询专家中遴选出 5 名参与度高、权威性强的资深专家，对函询结果及意见拟定讨论提纲，进行面谈讨论。

1.4 专家函询及专家访谈

共向 15 位专家先后以电子邮件或微信的方式先后发放了 2 轮函询问卷。2 轮函询结果分别在 2 次专家面谈会上商讨。对于同时满足重要性赋值均数≥4.32，满分比≥46.67%，变异系数≤0.27 的条目，结合专家的意见和建议、课题组成员的讨论结果进行筛选。

1.5 统计学方法

收集的数据在 Excel 中进行录入，双人进行核对。统计分析采用 SPSS 20.0 软件。均数±标准差及变异系数表示对各词条进行描述性分析。通过问卷回收率、专家提出意见和建议的百分比表示专家积极系数；用词条的满分比率衡量专家意见集中程度；肯德尔和谐系数及 P 值来评价专家意见协调程度；采用专家权威系数表示专家权威程度。

2. 结果

2.1 函询专家的基本情况（表 1）

表 1　函询专家的基本情况（n=15）

项目		人数	百分比（%）
年龄（岁）	＜45	4	27
	≥45	11	73
学历	本科	11	73
	硕士以上	4	27
职称	中级	0	0
	副高级	6	40
	高级	9	60
工作年限	＜20	2	13
(年)	≥20	13	87
安宁疗护工作年限	<5	0	0
(年)	5~10	11	73
	≥10	4	27

2.2　专家的积极性

该项研究专家的积极性较高。先后 2 轮向 15 位专家发放函询问卷，其回收率均达到 100%。在第 1 轮函询调查中有 11 名专家提出意见和建议，占 73.3%；第 2 轮函询中的 8 名专家发表建议，占 53.3%。

2.3　专家的权威程度

通过专家作出问题的判断依据和熟悉程度决定专家的权威系数，该系数表示专家的权威程度。2 轮函询专家权威系数的结果显示专家具有较高的权威程度。2 轮权威系数分别为 0.89 和 0.94，均>0.8。

2.4　专家意见集中程度

将各词条的重要性赋值为 1~5 分，专家对各词条进行打分，分值越大则该指标越重要；5 分满分率越高，表示该指标越重要。对专家对各词条重要程度的评分结果采用均数、标准差、变异系数、满分率分析专家意见集中程度。经过对第 1 轮函询问卷中重要性得分均值<4.32 分 、变异系数＞0.27、满分率<0.46 的词条进行专家意见和课题组讨论后采取删除或调整，最终整理形成修订后的函询问卷，向 15 位专家进行第 2 轮函询。本研究第 2 轮函询问卷中词条重要性得分均值除综合中医技术症状控制 3.87 分和中医医生介入中医技术症状控制 3.93 分余条目均＞4 分、变异系数除安宁疗护共照期限不超过 180 天余词条均<0.2。

2.5　专家意见协调程度

用肯德尔（Kendall）和谐系数表示全部专家对所有指标所给评价意见是否存在较大分歧。肯德尔和谐系数越大则专家意见的协调性越高。通过 2 轮函询肯德尔和谐系数一级指标和二级指标分别为 0.54、0.18 和 0.59、0.10（P＜0.05）（表 1），其显著性检验有统计学意义，可以看出该研究的结论较为可靠。

表 2 第 2 轮函询肯德尔和谐系数

	n	W	卡方	df	P
一级指标	3	0.59	24.79	14	<0.05
二级指标	35	0.10	45.8	14	<0.01

2.6 专家函询结果

通过对第 1 轮专家函询结果的讨论和斟酌，对“尊重患者灵性需求，结合资源适当进行灵性安抚”“安宁疗护共照期限不超过 30 天”2 个词条进行修改；删除了“医院需设立安宁疗护共同照护小组”“中医外治法创面处理”“舒适疗法（音乐、手法按摩等）”“患者灵性信仰需求评估”“宗教及灵性照护”“中西医结合临终状态判断和中医亡证判断”“善终治疗”、“尊重患者灵性需求，结合资源适当进行灵性安抚”8 个词条；调整词条为“召开安宁疗护多学科协作共同照护讨论”“临床症状控制”“综合中医技术症状控制”“符合安宁疗护实践指南（国卫办医发【2017】5 号）”“服务对象满意度测评”。从第 2 轮函询结果（见表 2）可以看出各词条基本满足本研究词条筛选的要求，其重要性得分均值为 3.87~5.00，变异系数为 0~0.25，满分比为 63%~100%。

表 2　第 2 轮安宁疗护模式专家函询结果

条目	重要性赋值（分，$\bar{x}\pm s$）	变异系数
1需具备的资源与条件		
1.1医疗护理机构应具备临终关怀服务资质	5.00±0.00	0.00
1.2 医疗机构应设有安宁疗护临床科室	4.80 ±0.40	0.08
1.3医疗机构需配备安宁疗护资质人员	4.79±0.41	0.08
2内容和流程		
2.1 服务内容		
2.1.1 临床症状控制	4.86±0.35	0.07
2.1.2 心理疏导患者和陪护家属	5.00±0.00	0.00
2.1.3基础护理和舒适护理	5.00±0.00	0.00
2.1.4综合中医技术症状控制	3.87±0.62	0.16
2.1.5心性照护与人文关怀	4.47±0.62	0.14
2.1.6 哀伤辅导	4.67±0.47	0.10
2.2服务流程		
2.2.1确定安宁疗护对象	5.00±0.00	0.00
共同照护讨论		
2.2.3安宁疗护医护团队进行患者综合评估	4.93±0.25	0.05
2.2.4医生实施签署患者或家属安宁疗护告知协议书	5.00±0.00	0.00
2.2.5安宁疗护医生制定症状控制干预方案，由医护人员具体实施	5.00±0.00	0.00
2.2.6安宁疗护护士制定护理计划及护理措施并实施	5.00±0.00	0.00
2.2.7心理咨询师或社工进行患者和家属心理评估及疏导	4.60±0.49	0.11
2.2.8 中医医生介入中医技术症状控制	3.93±0.57	0.15
2.2.9社会工作者介入人文	4.20±0.75	0.18
3.3患者为终末期患者	4.86±0.52	0.11
3.4共照服务对象包括患者及患者陪护家属	4.87±0.34	0.07
3.5安宁疗护多学科人员协作参与，包括临床医疗、护理、安宁疗护、社工、中医、药师、治疗师等专业人员	5.00±0.00	0.00
3.6团队其他成员参与，包括护工、心理咨询师、营养师、志愿者等	5.00±0.00	0.00
3.7团队必须包括2名以上经过市级安宁疗护资质培训人员	4.6±0.71	0.15
3.8团队参与者均须经过临终关怀相关知识培训	5.00±0.00	0.00
3.9团队基本成员每年接受安宁疗护继续教育不少于	4.53±0.62	0.14
3.10 制定多学科协作下安宁疗护共同照护制度	4.93±0.26	0.05
3.11 安宁疗护共照病历资料规范完整		
3.11.1 准备阶段包括多学科协作共同照护讨论记录、告知书、协议书、生存期评估单、卡式评估单、疼痛评估单等	5.00±0.00	0.00
3.11.2 临终阶段包括症状控制治疗记录单、护理计划单、护理记录单、心理评估及心理疏导记录单、中医介入治疗单、社会服务介入记录单、人文关怀记录单	5.00±0.00	0.00

关怀服务		
2.2.10善终护理	4.47±0.62	0.14
2.2.11亲情陪护善终	4.73±0.44	0.09
2.2.12善后指导与哀伤辅导	4.13±0.81	0.19
2.2.13结案或中止	4.67±0.47	0.10
3 考核指标		
3.1符合“国家计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南（实行）国”卫办医发【2017】5号	4.80±0.54	0.11
3.2患者或家属意同意安宁疗护共照	5.00±0.00	0.00
3.11.3 善终阶段包括善终护理、个案总结与讨论	4.93±0.25	0.05
3.12 安宁疗护共照期限不超过180天	4.4±1.08	0.25
3.13结案条件符合：死亡、转安宁病房、转居家善终、病情好转、死亡、转院、病人或家属拒绝。死亡、转院、病人或家属拒绝。	4.8±0.40	0.08

2.7 专家小组团体面谈结果

在专家团体面谈会上，专家们就老年护理机构本土化安宁疗护模式进行了研讨，提出要根据当地特定的民情国情，突出安宁疗护本土化的特色。 ①在指标词条中增加安宁疗护的多学科合作；②调整安宁疗护共照期限；③综合精简症状控制词条；④增加服务方式的多样性。⑤需在中医专业人员指导下开展中医技术，根据具体条件甄选合适的中医技术；⑥考核评价机制需涉及服务质量评价和伦理评价。

2.8 老年护理机构本土化安宁疗护模式的构建

经过 2 轮函询和专家面谈，参考第 2 轮专家函询结果，经课题组探讨，最终形成了本土化的老年护理机构安宁疗护模式框架，该模式分为三部分， 即包括需要满足的资源和条件、内容和流程、考核指标。需要具备的资源和条件是老年护理机构开展安宁疗护工作的基础，包括机构、科室、人员配置的资格和条件等；内容和流程是实施安宁疗护的主体，服务内容主要包括症状管理 、舒适护理、生活照护、心理干预和人文关怀等，其中相应技术根据当地对中医中药的接受程度进行整合及多学科协作方式进行；服务流程在老年护理的基础上进行评估、准入、整体融入安宁疗护共同照护等；考核指标确保安宁疗护模式的标准化、规范性。各级标准指标构成科学合理，会商结果可靠，具有一定的科学性和应用价值。每一项工作内容均来自第二轮专家函询结果，并增加专家面谈结果补充项目，最终形成本土化的老年护理机构安宁疗护模式。

3 讨论

3.1 老年护理机构本土化安宁疗护模式具有较好的可靠性

该研究基于德尔菲法探讨本土化的老年护理机构安宁疗护模式的构建，通过专家的积极性、代表性、权威性和专家意见的协调性可以评价该模式构建的可靠性。该研究所参与的 15 名专家来自社区卫生服务中心、二三级综合及专科医院、高校等相关领域，从事安宁疗护医疗、护理、管理、社会工作、教学研究、政策研究等方面工作。老年护理机构本土化安宁疗护模式，是在理论和专家实践经验的基础上构建起来的，科学性和可靠性都比较好。本研究在讨论修改调整条目上充分考虑了本土化民情国情，例如，对于安宁疗护共照期限由 30 天改为 180 天的调整，结合了专家的经验和相关安宁疗护服务规范的更新，更为符合临床实践的要求；对于中医技术在安宁疗护中的本土化优势专家在认可的同时，建议中医专业人员的指导和参与，如此对于既积极推进中医特色，又保障中医技术的科学性具有临床指导意义；强调考核评价监督体系是老年护理机构安宁疗护模式正常运行和合法合规的监督和保障等等。

3.2 老年护理机构本土化安宁疗护模式具有较高的实用性

世界卫生组织对安宁疗护的定义是：安宁疗护是对没有希望治愈的病患积极呵护，而不是消

极对待；对疼痛等症状的控制，就是尽可能把患者和家属的生活质量提高到最好的程度。国内外对于安宁疗护的理念是一致的，然而在各国国情和文化背景下实践方法各有异同。中国是老龄化日益严重的大国，探索与之适合的安宁疗护模式。其中，在医疗服务和养老照护的基础上，老年护理机构对于改善适宜社会现状、满足当前社会需求的安宁疗护，具有十分重要的现实意义。美国在安宁疗护变革尝试中，将安宁疗护与长期护理机构进行了整合尝试，研究表明，这些项目极大地提高了护理机构的临终服务质量，使护理机构的老年患者在安宁疗护中受益[4]。而本研究模式采取将安宁疗护融入老年护理机构，提高老年人的临终生命质量。并且构建了模式构建的基本框架：建立基本资质条件为开展安宁疗护的基础，以内容和流程作为安宁疗护实践操作的关键，以考核指标的角度作为安宁疗护服务质量的监督保障。三部分相辅相成，将尊重患者意愿、提高服务质量、体现人文关怀落到实处，为老年护理机构提供了临终关怀的努力方向，实用性较高。

3.3 构建老年护理机构本土化安宁疗护模式的必要性

随着社会老龄化程度的不断加剧，以及人们对生命末期生存质量要求的提高，安宁疗护已成为一种普遍性的社会服务需求。老年护理机构也在顺应社会需求中不断发展，这就需要根据我国社会发展的现阶段特点和历史文化传统，制定与之相适应的安宁疗护策略[5]。目前，在综合医院医养结合床位紧张的情况下，大部分老年患者选择的是护理机构养老，而这部分老人大多年事已高、多病共存。因此，为老年护理机构构建本土化的安宁疗护模式，有其必要性。

3.4 老年护理机构安宁疗护模式的本土化特点

3.4.1 人力资源的本土化特点。合理的人力资源是护理机构提供有质量的服务基础保障[6]，开展老年长期服务和安宁疗护的必要前提，这也与老年人安全管理考核指标体系相关[7]。除了医生、护士是安宁疗护的核心成员外，护理员在老年护理机构的安宁疗护中扮演着重要的角色，康复师、营养师、社工、志愿者等都是辅助成员[8]，安宁疗护中家属既是服务对象，也是参与人员。安宁疗护突出医、护、工、亲人等团队性共同照护，这与老年护理机构的人力资源相辅相成，其中护理员的人员保障和特点符合我国目前老龄化社会的需求，也是老年护理机构开展安宁疗护服务的重要因素，其服务素质、照料技能需结合本土化需求进行培训。

3.4.2 多学科多领域整体性安宁疗护。整体性全方位照护[9,10]包含症状控制、舒适护理、心理社会支持、人文关怀等多学科多领域需求[11]，老年护理机构提供的技术能力有限，需要整合多方资源，发挥多学科多领域协作的力量，实现共同融入照护，提升安宁疗护综合服务质量。中医中药是中国传统医学和本土化精华，中医学科的融入或将中西医有机结合，对于安宁疗护的服务效果具有重要的提升作用，如中药、针灸、推拿、芳香疗法、音乐疗法等等对于缓解晚期老年人的身心不适症状具有其独特的效果，对于传统中医接受度的老年人，具有良好的中医治疗依从性。

3.4.3 本土化的人文特征。中国社会有着悠久的传统文化，中国传统文化中的“家族本位”观念是重家庭、家族、本乡本土。在父母年老时尽孝道是每个人都应该承担的道德责任。老年护理机构开展安宁疗护，可以通过加强沟通和引导，创造条件，鼓励并营造亲情陪伴，满足临终病人的精神需求。不同的人生经历、行为原则、价值观念、家庭背景决定了不同的人生态度。对于开展精神支持，也需要尊重个体化的精神信念。

3.4.4 从老年患者的接受度考虑，尽早开展本土化的生命教育。在疾病的终末期段才接受安宁疗护，容易导致主要目标受限于躯体疼痛和症状控制，却没有足够的时间来处理病人的社会心理和精神层面的痛苦[12]，“对生的重视、对死的避讳”这种不完整的生命观[13]还是相当普遍的，一个从没想过“死”的人与一个认真思考过“死”的人相比，必然在死亡来临时更加恐惧与慌张，而后者能够更加珍惜和热爱生命的每一天。有研究表明，短期的安宁疗护反而会对临终病人和照护者的生命质量以及终末护理质量造成负面影响[14]。受传统观念的影

响，生死观在我国老年人安宁疗护发展的重要影响因素。西方传统文化由希腊罗马文化和基督教文化构成，而中国传统文化由儒、道、佛三家文化构成。[15]我国老年人受传统文化的影响，对佛教、道教的信奉更为常见，在老年护理机构中，安宁疗护可结合本土化的传统文化尽早开展生命教育，同时，根据老年人的信仰，个性化的结合佛教等进行，让老年人接受适合自身信仰的生死观，减轻临终痛苦。

3.4.5 专业的评估判定和伦理的审核。由于老年护理机构的病人具有长期接受医疗照护的特点，一旦病情进展不可逆地进入临终阶段，就需要具备安宁疗护专业资质的医护人员介入评估，在疾病诊治的基础上融入安宁疗护，达到共同照护或持续照顾的目的，以改善终末期的生存质量。同时，从尊重生命、维护尊严的角度出发，经过伦理审查，维护了老年病人的权益和实施安宁疗护的规范性。安宁疗护的发展在借鉴和学习国外地区的经验基础上多层次动态的过程，可以开展对安宁疗护伦理本土化的认识。

3.4.6 从经费保障角度考虑，除了中国老年人的养老退休金，随着医疗保障制度的发展和医疗保险覆盖面的扩大，各种医疗保险金作为重要的经费支撑。护理机构安宁疗护可以结合各地区如基本医疗保险、长期照护险[16]等保障体系或资源，增加对安宁疗护医疗和照顾费用的支持。针对我国的发展现状，将安宁疗护疗护纳入长期照护险不失为安宁疗护实现本土化发展的举措。

4 小结

该研究基于德尔菲[17]专家函询，并结合专家团体面谈，构建了本土化的老年护理机构安宁疗护模式，将标准、流程、质量评价纳入其中，具有很高的科学性和实用性。老年护理机构本土化安宁疗护模式结合社会发展和民情国情特点，为提高老年人生命末期照护提供借鉴和参考。本课题研究已完成第一阶段指标构建，后续将开展临床路径与实践研究，以期在实际应用中进一步验证本评价体系的科学性和实用性，并逐步完善，推动安宁疗护质量的提升。

参考文献

[1]国家统计局. 第七次全国人口普查公报[1]（第五号）——人口年龄构成情况.[EB/OL].(2021-05-11).
http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202106/t20210628_1818824.html

[2]施永兴,黄长富.护理院医养结合与管理指南[M].上海：上海交通大学出版社,2018.

[3]国务院.国务院关于印发“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划的通知.[EB/OL].(2021-12-30)[2022-02-21].
http://www.gov.cn/zhengce/content/2022-02/21/content_5674844.htm.

[4]刘晓芳. 老年安宁疗护模式探讨[J].实用老年医学,2017,11(11):1013-1016.

[5]王爱华. “一核多元”安宁疗护服务体系的构建———以社会需要理论为视角[J]. 科学 •经济 • 社会,2018,1(36):79-85.

[6]潘爱红, 赵玉, 戴夫, 等. 综合医院-护理院-社区-家庭医养结合老年护理服务标准化体系的构建 [J] . 中华现代护理杂志, 2021, 27(29) : 3959-3966.

[7]宋杰，曲桂玉，林云英，等.医养结合型养老机构老年人安全管理评价指标体系的构建[J].护理学报，2020，27(2):1-5.

[8]刘斌志,郑先令.论老年临终关怀社会工作者的核心能力及培育策略[J].重庆工商大学学报(社会科学版),2019,36(3):56-66.

[9]陆宇晗.我国安宁疗护的现状及发展方向[J].中华护理杂志,2017,52(6):659-664. DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2017.06.004.

[10]国家卫生计生委医政医管局. 国家卫生计生委办公厅关于印发安宁疗护实践指南(试行)

的通知[EB/OL]. (2017-02-09)[2020-08-15].
http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3593/201702/83797c0261a94781b158dbd76666b717.shtml.
[11]王粲霏，贾会英，吴珂，等．多学科协作模式在安宁疗护中的应用研究进展〔J〕．中华护理杂志，2018，53(7):866-872.
[12] Kovacs PJ,Bellin MH,Fauri DP.Family-centered care: aresource for social work in end-of-life and palliative care[J].J Soc Work End Life Palliat Care,2006,2(1) : 13-27.
[13]罗羽，张慧兰．国内外死亡教育发展现状分析与展望〔J〕．护理管理杂志，2018，18(3):175-179.
[14]YamagishiA, MoritaT, KawagoeS, et al. Length of home hospice care, family-perceived timing of referrals, perceived quality of care, and quality of death and dying in terminally ill cancer patients who died at home[J]. Support Care Cancer, 2015, 23(2): 491-499.
[15]郭红. 从中西方文化之比较探究文化精神之去向 [J]. 作家,2012,004: 151-152.
[16]孙丽欣, 刘玉锦, 姜旭, 等. 老龄化背景下安宁疗护在老年临终患者中应用的研究现况[J]. 国际护理学杂志,2020,39 (23): 4240-4243.
[17]刘超. 德尔菲法起源及其在生物医学领域应用中的研究[D]. 山西医科大学,2021,DOI: 10.27288/d.cnki。gsxyu。2021.000058.